

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาง กศิมา นามสกุล มรรคา อยู่บ้านเลขที่ 463/2

ซอย 26 ถนน.....ตำบล 1156 อำเภอ 1156 จังหวัด นครสวรรค์

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<u>ค่าตอบแทนเงินสมทบ 300 บาท x 2 ชม x 3 เดือน</u>	<u>1,800.-</u>
	<u>1,800.-</u>

จำนวนเงิน หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน 1,800 บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ นาง กศิมา มรรคา ผู้รับเงิน
(นาง กศิมา มรรคา)

ลงชื่อ [Signature] ผู้จ่ายเงิน
(นางวิมลใจ เตชะ/3)